

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE SCOLAIRE 1898-99 — N° 26

DE
L'ÉPITHÉLIOMA
SUBLINGUAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice HUMBERT

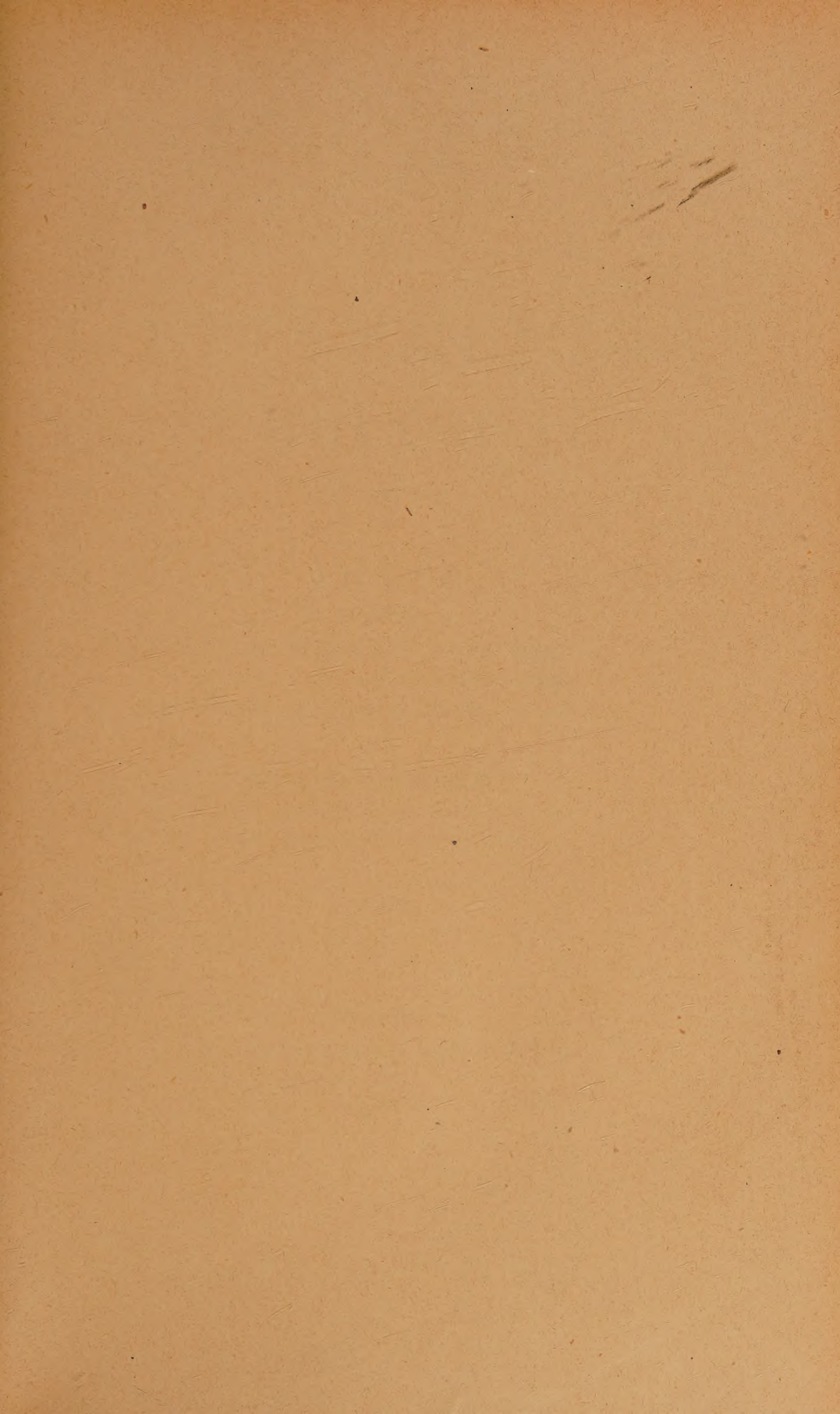
Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né le 13 Septembre 1876, à Moulins (Allier).

MACON

PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ANNÉE SCOLAIRE 1898-99 — N° 26

DE
L'ÉPITHÉLIOMA
SUBLINGUAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Décembre 1898

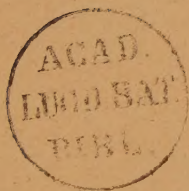
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice HUMBERT

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né le 13 Septembre 1876, à Moulins (Allier).



MACON

PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

—
1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....		CAZENEUVE.
Anatomie.....		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....		LORTET.
Physiologie.....		TESTUT.
Pathologie interne.....		RENAUT.
Pathologie externe.....		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....		TRIPPIER.
Médecine légale.....		POLLOSSON (M.)
Hygiène.....		ARLOING.
Thérapeutique.....		LACASSAGNE.
Pharmacie.....		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.....	POLLOSSON (A.)
Botanique.....	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. SIRAUD et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE
A MA GRAND'MÈRE

A MES SOEURS

A MES PARENTS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIRAUD

Heureux d'entrer dans une vie nouvelle, nous éprouvons cependant un certain sentiment de tristesse à la pensée de quitter tous ceux qui se sont intéressés à nous et c'est une douce tâche que de venir ici les assurer de notre respectueuse reconnaissance et de notre inaltérable souvenir.

M. le professeur agrégé Siraud nous a toujours suivi avec une bienveillante sollicitude depuis le début de nos études. Nous lui devons le sujet de notre thèse et, pour mener à bien notre travail, il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses savants conseils. Il fut toujours pour nous plus qu'un maître ; ce fut un guide sûr et dévoué et nous ne pouvons le quitter sans lui dire bien sincèrement : « Merci ».

M. le professeur Maurice Pollosson a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous l'en remercions vivement.

Nous ne pouvons oublier tout ce que M. le médecin principal de 1^{re} classe Pierrot a fait pour nous dans certaines circonstances. Qu'il reçoive ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

M. le médecin-major de 1^{re} classe Dufour nous a témoigné toute sa bienveillance bien avant notre entrée à l'école. Il n'a cessé de s'occuper de nous pendant nos études. Nous l'en remercions vivement et nous l'assurons de notre inaltérable gratitude.

Le capitaine Bagès nous a toujours encouragé ; nous nous efforcerons de suivre les bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pour être digne de l'intérêt qu'il nous porte.

• Pendant ces trois années, nous avons eu le bonheur d'avoir, tout près de Lyon, une mère et deux sœurs chéries auxquelles nous avons voué une reconnaissance éternelle. Souvent, aux heures de peine, elles nous ont consolé, donné du courage. Nous allons les quitter, pour toujours peut-être, mais le souvenir des seuls moments heureux que nous avons passés près d'elles ne nous quittera jamais et nous réconfortera souvent.

Merci à nos amis militaires et civils, les docteurs Savornin, Diénot, Goubert, Émeric, qui nous ont toujours témoigné de la sympathie et dont la franche amitié ne nous a jamais fait défaut.

DE L'ÉPITHÉLIOMA SUBLINGUAL

CHAPITRE I

HISTORIQUE

En parcourant la littérature scientifique, nous avons trouvé peu de documents sur les tumeurs de la glande sublinguale. Beaucoup d'auteurs se contentent de les citer, et notent que ces affections sont d'une extrême rareté; d'autres n'en font pas même mention.

Dans son traité de chirurgie, Albucasis prévient l'opérateur de ne pas toucher à « la grenouillette noire ou rousse et dure en même temps, car elle est cancéreuse ».

Un chirurgien arabe, qui vivait à peu près à la même époque que le précédent, parle aussi de certaines tumeurs sublinguales qui ont causé la mort par leurs récides multiples.

Longtemps après, vers le xvi^e siècle, Savanorala, Forestin prétendaient que la seule guérison des gre-

nouillettes dures et charnues, et par là même cancéreuses, consiste dans l'opération pratiquée sous le menton.

Parmi les ulcérations de la région sublinguale, que certains praticiens du ^{xvii}^e siècle recommandent de ne pas toucher, peut-être y a-t-il quelques tumeurs propres particulièrement aux glandes sublinguales; mais la désignation plus ou moins vague de « grenouillettes malignes », que l'on donne à ces tumeurs, n'offre pas un caractère clinique assez bien établi pour pouvoir en tirer des conclusions exactes et utiles.

Ce n'est guère qu'en 1759 que l'on trouve la première observation clinique, relatant des faits un peu plus précis. Le *Journal de médecine* de cette date rapporte, en effet, un exemple de tumeur des glandes sous-linguales, caractérisée par leur induration chronique et leur passage à l'état squirrheux. Une assez longue description de la tumeur peut nous permettre de conclure qu'il s'agissait là d'un cancer d'une des glandes sublinguales, sans pouvoir préciser toutefois s'il était primitif ou secondaire.

Dans son *Traité des maladies de la bouche*, Jourdan cite plusieurs observations de cancer du plancher buccal et s'étend même assez longuement sur un cas de tumeur maligne d'une sublinguale : « C'est, dit Jourdan, un homme porteur d'une tumeur ne renfermant aucune cavité; il n'y avait que cette masse charnue qui formait sa substance; en un mot, c'était une tumeur plutôt cancéreuse que de tout autre genre. »

Bertherand, dans sa thèse (1845), cite une observation de Garriot, d'après laquelle la lésion aurait eu

pour point de départ l'inflammation chronique et préalable de cette glande.

Ravaton¹, tout en prétendant n'avoir jamais observé le cancer épithélial de la glande sublinguale, n'en nie cependant pas l'existence et s'exprime en ces termes : « Les glandes qui servent à la filtration de la salive sont sujettes aux mêmes maladies que celles qui affectent les autres parties glanduleuses du corps et sont en conséquence susceptibles d'engorgement, d'inflammation, d'abcès et même, plus souvent qu'on ne le croit, de squirrhe. — Quelques auteurs ont rapporté des exemples de dégénérescence encéphaloïde de la glande sous-maxillaire; les mêmes affections et les tumeurs auxquelles elles donnent naissance doivent sans doute intéresser la glande sublinguale. » C'est donc seulement par déduction que Ravaton admet la possibilité de la dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde des glandes sublinguales.

A côté de cette concession, laissant supposer comme possible l'épithélioma des sublinguales, nous trouvons plusieurs auteurs, Louis, Boyer, Dupuytren, Velpeau, Vidal de Cassis, pour ne citer que les principaux, qui n'en parlent que pour le nier et qui prétendent que le cancer ne s'y développe pas primitivement : « Si cette glande, disent-ils, est envahie par une dégénérescence cancéreuse, c'est toujours secondairement et consécutivement à une altération semblable des ganglions lymphatiques sous-maxillaires qui sont le siège primitif et unique de la maladie. »

1. Ravaton (cité dans Margnat, 1877).

De nos jours, la question est plus largement traitée... Roux ¹ a pu en réunir trois cas, auxquels on peut en ajouter six autres cités par Ancelot dans le *Bulletin médical de l'Aisne* de 1869. Cet auteur parle entre autres d'un épithélioma qui amena la mort en quinze mois « à la suite de traitements irritants qu'on avait trop longtemps préférés à une large et hâtive intervention ».

Duplay et Kirmisson ² comprennent dans une même description les tumeurs de la sous-maxillaire et de la sublinguale, qu'ils englobent sous le nom général de tumeurs du plancher de la bouche. Mais la description des tumeurs malignes de cette région est fort brève et ne comporte que peu de renseignements intéressants. Duplay ne cite qu'un cas et Kirmisson, dans une très courte description, étudie un peu plus spécialement l'épithélioma des sublinguales.

Le seul auteur qui ait apporté une grande attention à cette étude et qui ait envisagé la question sous un point de vue nouveau est Verneuil, qui exagère peut-être un peu trop, en prétendant que l'épithélioma du plancher buccal a toujours son point de départ dans les glandes sublinguales, mais qui, du moins, a le mérite d'avoir démontré que « le cancer peut naître dans les éléments de la glande dont les culs-de-sac sont trouvés à l'examen microscopique remplis d'épithélium et augmentés de volume ³ ».

Sur les conseils de Verneuil, un de ses élèves,

1. Roux, *Path. externe* (Ricard et Bousquet).

2. Duplay et Kirmisson, *Archives générales de Médecine*, 1875.

3. Verneuil, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1871.

M. Margnat, a fait, il y a déjà quelques années, une étude sur l'épithélioma des sublinguales en se basant sur les observations de quelques malades, que nous relatons plus loin.

Tel est l'historique à peu près complet, mais fort restreint, comme on peut en juger, d'une question dont la connaissance exacte et approfondie est si délicate.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE — FRÉQUENCE

Cliniquement, il est rare d'observer le début des épithéliomas sublinguaux, car le malade ne fait ordinairement pas grande attention à une petite tumeur placée sous la base de la langue. Ce n'est que lorsque le mal a fait de rapides progrès, terrifiants quelquefois (car ils ne peuvent plus être arrêtés), qu'il se décide à consulter un chirurgien. On ne voit donc presque toujours qu'une lésion ulcéralive siégeant soit dans la muqueuse qui recouvre les glandes sublinguales, soit dans ces glandes mêmes. Le premier fait est plus fréquent, et l'on en concluait qu'il n'existait que des cancers du plancher buccal envahissant secondairement l'appareil glandulaire sous-jacent. Nous serons donc obligés de comprendre dans un même ensemble étiologique et symptomatologique les épithéliomas du plancher buccal propagés aux glandes salivaires sublinguales et les épithéliomas primitifs de ces glandes.

Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, chez le vieillard que chez l'adulte, le cancer sublingual tient probablement aux causes d'irritation plus nombreuses dans le sexe masculin; car, outre la pré-

tendue prédisposition diathésique, il faut bien reconnaître que l'irritation prolongée sur un organe y détermine la localisation néoplasique. Presque tous les cas relatés plus loin n'ont-ils pas, en effet, été observés soit chez de vieux fumeurs de pipe à tuyau court, soit chez des gens qui ne compensaient pas, par des soins rigoureux d'hygiène et de propreté, une irritation quelconque longtemps prolongée. Aussi est-il intéressant de citer, parmi les nombreuses statistiques faites à ce sujet, celle d'Ed. Andwers, relatée dans le *Journal of Americ. Assoc.* de 1889. Sur 7.881 cancers primitifs, on trouve :

Lèvre inférieure.....	481 cas.
Langue.....	196
Bouche.....	244
Parties du corps couvertes.....	191

Ce qui tend bien à prouver que la prédisposition au cancer est augmentée d'après l'exposition de la surface épithéliale.

Tous les âges ne semblent pas également favorables au développement de l'épithélioma. Dans un article du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*, Heurtaux prétend que l'épithélioma en général serait rare au-dessous de 40 ans, et, d'après une statistique basée sur 194 cas, il semblerait résulter que c'est surtout de 51 à 60 ans que cette affection est la plus commune. Pour les cancers sublinguaux en particulier nous arrivons à peu près au même résultat, tout en les basant sur un nombre beaucoup plus res-

treint d'observations. Une statistique, empruntée à M. Faure ¹, nous donne les conclusions suivantes :

Au-dessous de 40 ans.....	1 cas.
De 41 à 50 ans.....	2
De 51 à 60 ans.....	9
De 61 à 70 ans.....	3
Au-dessus de 70 ans.....	1

On devrait en déduire que l'âge moyen est entre 51 et 60 ans puisque, dans cet intervalle, 9 cas sur 16 y sont compris. Mais il nous semble que les observations ne sont pas en quantité suffisante pour nous permettre d'en tirer une conclusion aussi définitive. Nous dirons seulement que cette affection, extrêmement rare dans la jeunesse et dans la première moitié de l'âge adulte, devient relativement fréquente à partir de 50 ans.

L'usage du tabac, surtout celui de la pipe, qui ne semble pas avoir une action certaine pour l'épithélioma des lèvres, nous paraît être une cause purement occasionnelle pour le cancer du plancher de la bouche et des glandes sublinguales. L'usage du tabac n'est donc pas la cause primordiale de l'affection puisqu'il est fréquent de trouver des tumeurs épithéliales sur toutes les parties du corps, mais, si cette habitude ne peut pas créer de toutes pièces l'épithélioma, nous n'en sommes pas moins convaincu qu'elle a une action déterminante très importante : elle entretient une irritation constante favorable à l'éclosion du cancer. Ce fait est banal. N'a-t-on pas vu souvent de véritables épithéliomas succéder à de simples petits boutons d'acné, à des

1. Faure, Thèse. Paris, 1883-1884.

plaques de psoriasis? C'est aussi l'histoire de ces femmes atteintes de carcinome du sein qui font toujours remonter leur affection à un traumatisme reçu dans la région à une époque plus ou moins éloignée!

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE — MARCHÉ — DURÉE — TERMINAISON

L'impossibilité de reconnaître le cancer primitif des sublinguales et de le différencier du cancer de la muqueuse du plancher buccal nous force à comprendre dans un même ensemble symptomatologique et l'épithélioma du plancher de la bouche et l'épithélioma des sublinguales.

Nous étudierons d'abord brièvement les caractères symptomatiques des tumeurs qui restent limitées à l'appareil glandulaire sans se propager aux tissus voisins. Ce néoplasme se présente, au début, sous la forme d'une petite tumeur verruqueuse de la grosseur d'un pois, le plus souvent mobile, indolente, d'une consistance dure et dont le siège anatomique est exactement celui de la grenouillette sublinguale. Située dans le plancher buccal, la tumeur fait de bonne heure saillie dans la bouche où elle soulève la langue, dont les mouvements commencent à être singulièrement gênés. Ressemblant à ce point de vue aux chondromes, certains épithéliomas, tout en formant parfois des tumeurs très volumineuses, restent longtemps encapsulés, suivent une marche chronique et ne contractent pas d'adhérences.

Cette variété de tumeurs, limitée à la sublinguale seulement, quoique existant réellement, est loin d'être aussi fréquente que la forme dont nous allons nous occuper et dont nous emprunterons une partie de la description à un article publié par Verneuil¹.

L'épithélioma des glandes sublinguales, dit Verneuil, occupe le plancher de la bouche. Il apparaît sous la forme d'un ulcère linéaire plus ou moins grand, en forme de tranchée, reposant sur une base indurée qui constitue la tumeur. Les bords de cette ulcération sont rouges, durs, tuméfiés, anfractueux, irréguliers, saignant au moindre contact; le fond est grisâtre, bourgeonnant et laisse suinter un liquide visqueux plus ou moins abondant, d'une odeur souvent fétide. Lorsque le mal a fait un certain progrès, les indurations s'étendent au loin, jusqu'à comprendre le périoste du maxillaire inférieur dans une étendue plus ou moins variable. Le frein et les bords de la langue sont atteints par la prolifération néoplasique ainsi que la muqueuse du plancher de la bouche et des gencives. Les ganglions sous-maxillaires s'engorgent, grossissent et deviennent rapidement durs et perceptibles à la vue. Les ganglions sus-hyoïdiens médians sont très souvent envahis. En résumé, le cachet complet du cancer existe et aucune autre maladie ne peut être confondue avec l'épithélioma de la glande sublinguale, ni les kystes, ni les chondromes. Au milieu de tous ces symptômes locaux, apparaissent des douleurs vives, térébrantes et presque continuellement ressenties par le

1. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1871.

malade, douleurs qui parfois s'irradient jusque dans l'oreille, ce qui indique que le nerf dentaire inférieur est envahi.

Il y a donc deux espèces de symptômes que nous étudierons séparément :

1° Les symptômes anatomiques ;

2° Les symptômes fonctionnels.

Les symptômes anatomiques consistent principalement en une induration plus ou moins étendue, selon l'ancienneté du mal, et qui rapidement peut s'étendre beaucoup plus loin en envahissant les organes voisins ; c'est là le symptôme principal, mais on constate aussi de la rougeur et de la tuméfaction de ces mêmes parties indurées.

Tout se borne là dans les premiers jours, ou même les premiers mois de la maladie, quand, par bonheur pour lui, le malade a prêté quelque attention à l'apparition de cette tumeur. Plus tard, de nouveaux symptômes apparaissent lorsque l'envahissement s'est propagé largement à toute l'étendue du plancher buccal. (C'est là ce que l'on observe dans la majorité des cas.) On constate alors une ulcération, d'autant plus étendue que le début de l'affection est plus éloigné, et qui présente les caractères que nous avons déjà donnés d'après Verneuil. L'engorgement ganglionnaire ne commence qu'à la seconde période où il est de règle, tandis qu'il est exceptionnel dans la première. Les ganglions du côté malade ne sont pas toujours les seuls envahis. Ils peuvent pendant longtemps présenter un petit volume et rester tout à fait indépendants les uns des autres ; mais, au bout d'un certain temps, ils se

mettent à grossir; d'autres se prennent et on observe alors de vrais chapelets de ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens médians.

Les symptômes physiologiques, presque nuls au début de la maladie, où ils ne consistent qu'en un peu de gêne apportée aux mouvements de la langue, peuvent même, à ce moment, passer presque inaperçus du malade; mais plus tard, lorsque le mal a fait des progrès, la néoplasie révèle son existence par d'assez nombreux symptômes.

La gêne apportée aux divers mouvements de la langue, soit par la présence, au-dessous de cet organe, d'une tumeur, soit par son envahissement néoplasique, soit enfin simplement par la douleur, devient de plus en plus marquée. De là résulte un trouble plus ou moins grand dans les diverses fonctions pour lesquelles le concours de la langue est nécessaire. La phonation, la mastication et la déglutition se font assez mal; lorsque la tumeur a envahi une grande partie de la langue, ces diverses fonctions physiologiques deviennent presque impossibles. C'est de là que résulte pour le malade l'impossibilité presque absolue d'avaler des aliments solides. Dans les cancers étendus, l'emploi de la sonde œsophagienne introduite par la voie nasale peut être nécessaire.

Des douleurs atroces, lancinantes, s'irradiant jusque dans l'oreille, se font sentir si violentes qu'elles sont souvent la cause d'une véritable insomnie (nous connaissons le cas d'un malade qui dormait à peine deux heures par nuit).

De la sanie, composée d'un mélange de pus de

sang et de salive, à odeur nauséabonde, s'écoule constamment par la bouche, parfois même en quantité assez considérable. Cet écoulement presque incessant, outre qu'il est encore une cause d'insomnie et d'épuisement, a la terrible conséquence, par sa septicité même, d'être une cause puissante d'auto-intoxication. Il est commun de voir les malades emportés par une pneumonie septique, due à l'absorption des germes putrides. Ces troubles divers viennent tous concourir, par leur gravité et leur marche envahissante, à un même résultat, l'affaiblissement progressif du malade, l'épuisement, la cachexie.

Et l'on assiste, spectateur impuissant, à l'un de ces sombres tableaux, assez rares, heureusement, quand le chirurgien peut intervenir à temps !

Verneuil disait un jour dans une réunion de la Société de chirurgie (et il insistait beaucoup sur ce point) « que l'épithélioma sublingual avait une marche envahissante très rapide, qui n'était pas à comparer avec l'épithélioma lingual ; qu'il récidivait dans de brefs délais ; et, ajoutait-il, c'est pour cela que je suis forcé de dire que le néoplasme, en raison même de son siège, est des plus dangereux. »

D'après un nombre assez considérable d'observations, Lebert a trouvé que la durée moyenne de la vie dans le cancroïde est de six ans à six ans et demi. Or, en nous appuyant sur les résultats fournis par les observations que nous publions plus loin, nous pouvons donner un tableau résumé de la durée de l'épithélioma sublingual.

1	cas où l'épithélioma dure depuis 4 ans environ.	
2	— —	8 à 9 mois.
2	— —	6 mois.
3	— —	3 mois.
2	— —	6 semaines.

En admettant donc que ce soit là, approximativement, la durée de l'épithélioma sublingual, nous trouvons que la durée moyenne est de 6 mois. La marche est donc deux fois plus rapide que celle de l'épithélioma lingual. Si l'on n'intervient pas, la terminaison invariable est la mort à bref délai. Elle arrive soit à la suite d'une auto-intoxication, soit par suite de cachexie, à moins qu'une hémorrhagie foudroyante ne vienne terminer la scène. On a observé aussi quelquefois la mort causée soit par des infiltrations purulentes du cou, soit par l'œdème de la glotte, soit enfin par pneumonie, mais ce sont là des faits moins fréquents.

La récurrence de l'épithélioma est la règle ; la non-récurrence est l'exception. On peut même être plus affirmatif encore et dire, avec le professeur Verneuil, que la récurrence est constante, et, de plus, extrêmement rapide. « Deux malades cités par lui, étaient porteurs d'une petite tumeur de la sublinguale de la grosseur d'un pois ; il les enleva au moyen du galvanocautère. Ces deux malades revinrent lui demander une intervention nouvelle l'année suivante ; le plancher de la bouche, une partie de la langue et du maxillaire inférieur avaient été envahis par le cancer épithélial. »

Dans la clinique que ce même chirurgien fit le 6 février 1884, il insistait de nouveau sur ces récurrences

nombreuses et rapides, et citait le cas suivant : « J'ai vu, avec M. Fournier, un cas où la glande sublinguale était presque entièrement mobile; on pouvait la soulever en passant une tige au-dessous d'elle; la tumeur paraissait bien circonscrite; on l'enleva entre deux sections. Malgré cela la tumeur reparut au bout de très peu de temps. »

De l'ensemble de tous ces faits, il est malheureusement trop facile de tirer le pronostic, et, sans dire qu'il est toujours fatal, nous pouvons affirmer qu'il est excessivement grave.

Nous croyons que les symptômes que nous venons d'énumérer sont assez nets pour n'avoir pas besoin de les différencier des autres affections de la région. Signalons toutefois sans insister le diagnostic possible avec les ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, etc... qui ne peuvent que difficilement se confondre avec la néoplasie épithéliomateuse.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue clinique nous avons divisé notre description de la façon suivante :

Étude du cancer épithélial parti de la muqueuse de la région sublinguale et propagé secondairement aux tissus avoisinants (y compris les glandules salivaires sublinguales).

Étude de l'épithélioma primitif des glandes sublinguales.

Nous suivons le même plan pour l'anatomie pathologique.

Il nous a paru intéressant de rechercher le point de départ de ces tumeurs, cliniquement très difficile à préciser, et de connaître la fréquence proportionnelle de celles qui naissent du plancher buccal ou de celles qui proviennent directement des glandes sublinguales. On ne s'est pour ainsi dire pas occupé de la question et nous sommes loin de penser que nous pourrions l'élucider, l'absence de coupes histologiques détaillées ne nous permettant pas d'être trop affirmatif.

Étudions d'abord les cas assez fréquents de l'envahissement secondaire des glandes sublinguales par une néoplasie partie de la muqueuse du plancher de la bouche.

Il s'agit alors d'épithélioma lobulé pavimenteux qui tend à se développer et à envahir les parties voisines. Une zone de tissu embryonnaire plus ou moins développé entoure les productions épithéliales et s'étend fort loin de la tumeur elle-même, dans les interstices musculaires, le long des vaisseaux. Ce tissu embryonnaire n'est que le prodrome en quelque sorte de la véritable tumeur; celle-ci, de nature épithéliale, se développe et bourgeonne dans tous les sens. On voit alors les tissus au contact des colonies épithéliales subir une sorte d'inflammation d'où résulte la production de tissu embryonnaire au niveau duquel se développent progressivement des bourgeons épithéliaux.

Les glandes sublinguales se laissent pénétrer par ces boyaux épithéliaux, de telle sorte que leurs éléments serrés et comprimés peuvent finir par disparaître ou bien subissent une inflammation apparente, due à l'irritation causée par la présence de la tumeur; la surface extérieure de leurs acini, au contact des éléments néoplasiques, sent très nettement des modifications anatomiques, en corrélation avec ce fait.

Voici un exemple typique d'épithélioma de la muqueuse buccale propagé aux glandes salivaires sublinguales.

OBS. I — « Epithélioma pavimenteux lobulé du plancher de la bouche ayant envahi les ganglions de la

région et les glandes sublinguales. » (Fait par M. Suchard à la Pitié¹.)

La tumeur est constituée par un tissu grisâtre paraissant formé de lobes et de lobules représentant assez bien des ganglions lymphatiques et des glandes modifiées. En pratiquant des coupes de ces masses, on reconnaît facilement que l'une d'entre elles est constituée par un ganglion très hypertrophié dont le tissu est complètement modifié. L'examen histologique prouve que ce ganglion est manifestement envahi par un épithélioma dont le point de départ sera indiqué tout à l'heure. En d'autres points de la tumeur, on retrouve des portions des glandes sublinguales dont le tissu conjonctif interstitiel présente des lésions inflammatoires très avancées; malgré cela, les cellules glandulaires proprement dites se reconnaissent très facilement. Dans une des glandes rapprochées de la surface de la muqueuse, on voit pénétrer dans les culs-de-sac glandulaires un boyau épithélial très apparent, constitué par des cellules pavimenteuses tassées les unes contre les autres. Le point de départ de ce boyau est facile à retrouver au niveau du revêtement épithélial de la muqueuse du plancher de la bouche, revêtement avec lequel il se continue sans aucune ligne de démarcation. En examinant la muqueuse buccale, aux environs de ce boyau et en d'autres points de son étendue, enlevés pendant le cours de l'opération, il est facile de retrouver, partant de l'épithélium de cette muqueuse, un très grand nombre de lobules épithéliaux qui descendent dans l'intérieur des tissus sous-jacents de la façon indiquée ci-dessus.

1. In Thèse Faure, Th. Paris, 1883-1884.

OBS. II. — « Résumé d'une coupe histologique (faite par M. Suchard à la Pitié). » (*Ibidem.*)

On se trouve en présence d'un épithélioma pavimenteux lobulé ayant eu pour point de départ la muqueuse du plancher de la bouche, avec lésions inflammatoires des glandes sous-maxillaires et sublinguales; quelques acini de ces dernières renfermant en outre des lobules d'épithélioma pavimenteux partis de la muqueuse.

OBS. III. — « Résultats de coupes histologiques d'une tumeur du plancher de la bouche, opérée par M. Vallas (Observ. XI), faites avec l'aide de M. le professeur-agrégé Paviot. » (*Examen inédit.*)

La tumeur (dans les différentes parties où on a prélevé des coupes) est constituée par d'immenses alvéoles polymorphes, quelquefois bien circulaires, d'autres fois en boyaux. Ces alvéoles contiennent des nappes de cellules dont les séparations ne sont, pour ainsi dire, pas visibles. On dirait une nappe granuleuse dans laquelle sont semés de très gros noyaux vésiculeux peu colorés. A la périphérie de ces nappes est une couche de cellules affectant une forme prismatique ou cylindrique; les séparations de celles-ci sont visibles. Mais en dehors de ce strate périphérique, soit par la perte de la fragilité du protoplasma, soit par la faute de la mauvaise conservation de la pièce, la constitution de la plus grande partie de ces nappes est telle que nous l'avons décrite.

Cependant, en des points dissociés, on voit qu'on a affaire à de grosses cellules à protoplasma abondant granuleux, légèrement teinté par le carmin. Au centre de plusieurs de ces nappes, on peut voir soit des cavités, soit un contenu formé par des fragments de protoplasma mal coloré et de

noyaux qui ne prennent plus les colorants. Le stroma de la tumeur, constitué par du tissu conjonctif fibrillaire, présente une infiltration de petites cellules embryonnaires qui par places semblent être des cellules inflammatoires (la tumeur constituant une vaste ulcération) et ailleurs semblent répondre à une forme infiltrée diffuse.

On doit noter que, dans les coupes de la masse principale, on trouve en deux ou trois points, *mais du stroma seulement*, des îlots de deux ou trois cellules géantes indubitables entourées de petites cellules à aspect épithélioïde.

Sur l'un des fragments coupés on trouve en un point une glande salivaire du type sublingual, entourée de tissu conjonctif à réaction embryonnaire, due aux colonies épithéliales environnantes. Mais l'épithélium de cette glande ne paraît pas lui-même en état de reproduction. Il y a donc simplement de la réaction inflammatoire, secondaire; l'envahissement a dû se faire dans d'autres glandules aberrantes, mais cet îlot salivaire, lui, ne semble pas du tout prendre part à la néoplasie. En résumé, voici le diagnostic histo-pathologique.

« Épithélioma du type ectodermique, dépourvu totalement de globes et de tubes épithéliaux, ayant donc pour point de départ la muqueuse du plancher de la bouche, mais non pas celle de la langue, et encore moins une glande du type salivaire sublinguale, puisque nous y avons trouvé de la réaction inflammatoire secondaire. »

Pour les cellules géantes, on aurait pu tout d'abord penser à celles qui peuvent se former aux dépens des épithéliums, et analogues à celles que Krauss¹ a trouvées dans les épithéliomas des lèvres, du visage, etc... D'après lui, ces cellules géantes, toujours d'origine inflammatoire,

1. Krauss, *Arch. d'Anat. Path.*, 1884.

résulteraient soit de la confluence de cellules épithéliales, soit de la multiplication de certains noyaux.

Ici, il n'y a pas à discuter leur origine ; elles sont nettement tuberculeuses et ont toutes leurs noyaux à la périphérie..... Il y aurait peut-être eu alors inoculation de tuberculose sur un épithélioma..... Nous ne voulons pas approfondir la question, nous nous sommes déjà assez détournés de notre étude (mais nous avons cru intéressant de signaler ce fait curieux et rare¹. Nous concluons seulement en disant que les néoplasies d'origine muqueuse envahissant les sublinguales sont les cas les plus fréquents. Nous pourrions citer d'autres examens histologiques. Ce mode d'envahissement est suffisamment connu pour que nous n'insistions pas davantage.

Nous essayerons d'étudier maintenant les tumeurs malignes primitives des sublinguales qui y restent localisées et celles qui se propagent secondairement au plancher buccal, et nous chercherons à démontrer que la muqueuse n'est pas toujours le point de départ de ces vastes épithéliomas qui occupent le plancher de la bouche.

Toute glande en grappe est formée par la réunion d'un grand nombre de culs-de-sac glandulaires qui communiquent tous avec un appareil excréteur. Ces culs-de-sac sont des sortes d'ampoules formées d'une membrane mince que tapisse intérieurement une couche d'épithélium, et qui est toujours le même à l'état normal, dans tous les culs-de-sac de la même glande et dans les glandes de même nom.

1. Un cas de coexistence de la tuberculose et du cancer a été observé dans une tumeur du sein. (Voir Laubie et Bengués, Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1898).

On peut comparer les phénomènes pathologiques qui se passent dans une glande en grappe dégénérée à ceux que l'on observe dans une glande en tube. Verneuil¹ qui, le premier, s'est beaucoup occupé de la question, les a très bien décrits dans les tumeurs des glandes sudoripares.

« Les éléments anatomiques de l'épithélioma remplissent les glandes dans presque toute leur étendue, et les distendent d'une façon notable ; leurs culs-de-sac, devenus globuleux, finissent par se perforer, et les produits morbides s'infiltrant alors dans les parties voisines. La lésion débute par des bosselures ; à la coupe, on trouve des petits corps vermiformes jaunâtres, friables, d'aspect caséeux. Suivant le degré d'altération, la matière de ces petits corps, composée de cellules serrées les unes contre les autres est contenue dans des tubes ou sortie au dehors. »

Ces données générales sur les épithéliomas des glandes, peuvent aussi bien, ce nous semble, s'appliquer aux néoplasmes des glandes sublinguales ; et, outre les néoplasies qui peuvent provenir des tissus voisins, nous croyons que l'on peut rencontrer au niveau des sublinguales des tumeurs provenant directement de l'épithélium glandulaire. En un mot, y a-t-il dans ces glandes *des tumeurs primitives du type épithélial salivaire* ?

Nombre d'auteurs ont étudié et diagnostiqué histologiquement des épithéliomas tubulés de presque toutes les glandes salivaires et buccales. On s'est peu occupé

1. Verneuil, Étude sur les tumeurs de la peau, in *Archiv. Med.*, 1854.

des néoplasmes primitifs des sublinguales. Pourquoi? Probablement parce que la dégénérescence s'étend rapidement aux tissus voisins, et que au point de vue clinique et thérapeutique, on distingue mal les tumeurs du plancher de la bouche, des néoplasies sublinguales primitives. L'analogie peut nous faire admettre *a priori* que l'épithélioma tubulé existe dans les glandes sublinguales.

Verneuil (nous l'avons cité plus haut) l'a vu se développer dans les glandes sudoripares, et a fort bien décrit ce processus.

Dans un remarquable travail sur les tumeurs du voile du palais (Société de chirurgie, 1897), Berger cite quelques cas de lésions épithéliomateuses de forme tubulée des glandes du palais. En voici un exemple : « C'est une tumeur de nature épithéliale, représentant un épithélioma tubulé; mais la lésion est à des stades divers. Il semble qu'on soit en présence de culs-de-sac glandulaires de forme assez régulièrement arrondie mais agrandie et renfermant une quantité anormale de cellules de forme cubique dans l'intérieur. Les tubes sont remplis de cellules à gros noyaux cubiques ».

Cette tumeur est à rapprocher des tumeurs des glandes labiales, des glandes molaires; et, comme nous savons que les petits groupes aberrants des sublinguales, répandus sous la muqueuse du plancher de la bouche, ont la même structure histologique que les autres glandes buccales, nous pouvons affirmer que l'on peut y trouver des épithéliomas tubulés.

L'épithélioma tubulé de la parotide est aussi admis par Verneuil (*Revue hebdomadaire des hôpitaux de*

1872) Rindfleisch, Cornil et Rauvier, etc...¹. La néoplasie prend alors naissance dans l'épithélium des canaux excréteurs; elle est formée par des cylindres bourrés de cellules épithéliales, ramifiés dans tous les sens et anastomosés entre eux, qui envahissent peu à peu la glande et même les tissus voisins.

La glande sous-maxillaire elle-même a été atteinte d'épithéliomas tubulés. Jouliard, Pousot, dans leurs thèses sur les tumeurs des sous-maxillaires, en citent plusieurs exemples.

Et l'on se tait sur les épithéliomas primitifs des sublinguales quand on ne va pas jusqu'à les nier.

Cependant, de toutes les glandes salivaires, c'est bien dans la sublinguale que l'on devrait trouver surtout l'épithélioma primitif. Tandis que la parotide et la sous-maxillaire peuvent donner naissance à nombre de tumeurs mixtes, la sublinguale, elle, semble ne pouvoir être le siège, en fait de tumeurs malignes, presque exclusivement que de l'épithélioma. A quoi tiennent donc ces différences si marquées entre trois glandes appartenant à un même groupe anatomique et physiologique? Nous croyons qu'il faut en chercher la raison dans leur différence de structure, non pas dans celle du tissu glandulaire qui est à peu près le même, mais dans celle du stroma conjonctif qui l'entoure. L'épaisseur et l'adhérence de l'aponévrose, les prolongements nombreux qu'elle envoie entre les lobes, l'abondance du tissu conjonctif périlobulaire et périacineux dans la parotide, contrastent en effet avec l'absence de membrane d'en-

1. Vallas et Siraud en ont décrit un cas typique (*Province médicale*, 1896).

M. HUBERT. — *De l'Épithélioma sublingual.*

veloppe de la sublinguale et la rareté des éléments conjonctifs qui la pénètrent. La sous-maxillaire avec son aponévrose d'épaisseur variable, mais jamais adhérente au tissu glandulaire et son stroma conjonctif lâche et peu abondant, tient le milieu entre ces deux glandes.

Ainsi la prédominance du tissu glandulaire dans la sublinguale doit-elle faire penser à l'existence des tumeurs épithéliales proprement dites, explication d'autant plus plausible que la muqueuse du plancher de la bouche est presque toujours envahie par le néoplasme.

La clinique vient nous donner quelques preuves en faveur des néoplasies primitives sublinguales, et dans les quelques observations que nous relatons, nous avons trouvé plusieurs cas où la tumeur avait débuté par une élévation assez prononcée siégeant au lieu anatomique de la sublinguale avant d'envahir totalement le plancher buccal. Nous relatons aussi des cas où la tumeur était limitée à la glande sublinguale sans retentissement dans les tissus voisins.

A¹. OBSERV. I (*in* thèse de Margnat). — C'est un malade qui entre à l'hôpital pour se faire traiter un *épithélioma des deux sublinguales*. Le mal a débuté par une tumeur siégeant à la place de la glande sublinguale (Pas d'examen histologique, le malade n'ayant pas été opéré).

OBSERV. II (*in* Capmas). — Homme porteur d'une tumeur du plancher de la bouche qui a débuté par une

1. Les numéros de ces observations correspondent à ceux des observations cliniques relatées dans notre thèse.

petite grosseur. Verneuil fit alors le diagnostic d'*épithélioma de la sublinguale droite*.

OBSERV. IV (*in* Faure). — Affection ayant débuté il y a deux mois par une *tumeur siégeant dans la glande sublinguale*. Diagnostic : épithélioma secondaire du plancher buccal.

OBSERV. V (*in* Le Dentu et Delbet). — Épithélioma récent du plancher de la bouche ayant débuté par une production sous-muqueuse très dure, mobile sur les parties profondes, et s'étant rapidement ulcérée.

B. OBSERV. DE VERNEUIL. — Cas où la glande sublinguale était presque entièrement mobile. On pouvait la soulever comme une tumeur isolée. *Verneuil fait le diagnostic d'épithélioma*. (Nous n'avons pas pu trouver l'examen histologique). Après avoir enlevé la tumeur, on la vit reparaître et se propager rapidement.

OBSERV. II (*in* Margnat). — Tumeur située au lieu anatomique exact de la glande sublinguale. Diagnostic : *épithélioma de la sublinguale gauche* (pas d'examen histologique que nous ayons pu trouver).

OBSERV. IX (*in* Gross et Rohmer). — Tumeur nettement épithéliale siégeant dans la sublinguale droite. — (Pas d'examen histologique).

Pour résumer tout ce que nous venons de dire, il nous semble que les données anatomiques et comparatives des glandes du système salivaire, les observations d'épithéliomas primitifs de quelques glandes acineuses

et les résultats d'examens cliniques, peuvent nous permettre, sinon de conclure, tout au moins d'avoir une forte présomption en faveur de notre idée, à savoir que toutes les tumeurs épithéliomateuses des sublinguales ne prennent pas forcément naissance sur la muqueuse du plancher buccal, mais qu'elles peuvent bien débiter dans les conduits excréteurs.

C'est là, d'ailleurs, l'opinion de Verneuil, qui prétendait que « toutes les tumeurs épithéliomateuses du plancher buccal naissaient dans les glandes sublinguales, dont les canaux excréteurs étaient trouvés à l'examen microscopique bourrés de cellules épithéliales. » Sans aller jusqu'à admettre ce point de départ à l'exclusion de tout autre, nous nous croyons assez autorisé du nom de ce maître pour conclure à l'existence de l'épithélioma primitif des sublinguales proprement dites ou des groupes aberrants, tout en faisant une réserve sur la rareté de ce fait et en remarquant l'absence presque totale d'examens histologiques de ces tumeurs, dans la littérature scientifique.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Quel traitement adopter en présence d'un cancer du plancher buccal et des glandes sublinguales? En général, il faut opérer (à moins que les lésions ne soient trop avancées). « Car, dit Lebert, si dans l'état actuel de la science nous ne sommes pas en droit d'espérer de voir disparaître la cachexie cancéreuse, nous sommes cependant autorisés à nourrir l'espérance que le cancroïde opéré largement et de bonne heure, poursuivi dans toutes les récidives et dans tous les tissus, les muscles, les os, les ganglions, deviendra de plus en plus guérissable. »

Avant d'étudier les procédés chirurgicaux, il nous semble utile de dire quelques mots sur le traitement palliatif et le traitement médical.

Le traitement palliatif ne s'emploie que dans les vastes dégénérescences, alors que le chirurgien n'est devenu qu'un spectateur passif et que toute tentative opératoire est devenue inutile. Ce traitement consiste à combattre les douleurs, l'insomnie, et à maintenir autant que possible le malade dans un état satisfaisant de propreté locale et de nutrition.

Le traitement médical est évidemment inefficace ; il est de plus dangereux si on l'applique exclusivement au début du mal. Tel est l'avis de Verneuil : « C'est une grosse erreur de croire que si le traitement médical est inefficace, il est au moins innocent ; le mal a été souvent aggravé, en ce sens, qu'en ajournant l'ablation, les essais de traitement ont fait perdre un temps précieux. Maintes fois j'ai vu des malades encore très opérables, auxquels j'avais conseillé l'opération sans délai, aller trouver un médecin qui prescrivait un traitement interne. En quelques semaines les progrès de l'épithélioma avaient été si rapides que l'opération n'était plus praticable.

« Je prétends que l'iodure de potassium détermine souvent une stomatite qui est très pénible et qui ne guérit plus ; que le mercure augmente notablement le danger de l'épithélioma, et que le chlorate de potasse qui guérit parfois quelques ulcérations, ne mérite aucune confiance ¹. »

Le traitement chirurgical n'étant pas toujours capable d'empêcher la récurrence, beaucoup de chirurgiens préfèrent s'abstenir de toute opération qui entraînerait un délabrement trop grave pour le malade. Cependant, si on agit seulement dans le but de faire vivre le malade quelques mois de plus ou tout au moins de le soulager, il ne faut pas hésiter un instant et l'on doit conclure comme Verneuil dont nous relatons les propres paroles : « Quand un malade souffre et ne peut plus avaler, on fait un acte chirurgical louable et digne d'encourage-

1. *Bulletin de la Société de chirurgie* de 1880.

ment en l'opérant de manière à enlever complètement tout le mal. »

Une autre raison que l'on peut donner en faveur de l'opération se trouve dans les succès à distance, ainsi qu'en témoignent les quelques observations résumées que nous allons citer.

Berger, en 1882, présente à la Société de chirurgie un malade chez lequel il avait pratiqué quatre mois auparavant l'extirpation d'un épithélioma des glandes sublinguales et du plancher de la bouche, après section verticale du maxillaire inférieur et chez lequel il n'y avait aucune menace de récurrence.

Verneuil, en 1883, a enlevé à un malade un épithélioma du plancher de la bouche; depuis neuf mois l'opéré jouit d'une parfaite santé et ne présente rien qui puisse indiquer une récurrence prochaine.

Dans les diverses observations que nous citons plus loin, si l'on a eu à constater quelques cas de mort post-opératoires, et quelques récurrences, nous devons reconnaître aussi que souvent l'opération a été utile au malade et que presque toujours il se retirait de l'Hôpital heureux du résultat obtenu : l'éloignement de la récurrence; le soulagement, même momentané.

Il faut donc opérer et, pour éviter une récurrence trop rapide, il faut d'emblée opérer aussi largement que possible. Si on laisse subsister des parties malades ou suspectes, la récurrence est prompte et on n'a fait qu'activer la marche du mal. On doit donc poser en principe que toute opération vise à l'ablation complète, non seulement du mal mais encore des parties environnantes, apparemment saines.

La récurrence à la suite d'opération incomplète est donc la règle invariable ; c'est plutôt la continuation de la marche du mal qu'une récurrence à proprement parler. Aussi Verneuil a-t-il insisté sur cette obligation où se trouve le chirurgien « de n'avoir aucune confiance dans les opérations prétendues simples. Il faut que le chirurgien se rappelle toujours que l'épithélioma se développe dans ces trois foyers, lingual, buccal, ganglionnaire, et que pour avoir les meilleures chances de se mettre à l'abri des récurrences, il faut détruire ces trois foyers. »

L'ablation des ganglions voisins de la tumeur est absolument nécessaire.

Maintenant se pose la question très importante des indications et des contre-indications ; pour les discuter, nous diviserons la marche de l'épithélioma sublingual en trois périodes.

Sans vouloir donner une règle trop absolue, nous croyons que les difficultés du diagnostic dans la première période ne permettront pas d'emblée une intervention énergique. Si la nature de la tumeur peut être immédiatement reconnue, il faut se hâter d'opérer.

Mais quand les douleurs ont apparu, si l'ulcération est nette et étendue, que les ganglions soient ou ne soient pas engorgés, l'indication est formelle : il faut opérer le plus largement et le plus rapidement possible.

Enfin, l'envahissement néoplasique a gagné non seulement les ganglions sous-maxillaires, mais encore les carotidiens ou les sous-claviculaires ; le maxillaire inférieur est envahi ; il est trop tard ; et, à moins de

circonstances spéciales qui peuvent influencer le chirurgien, ce dernier doit s'abstenir, c'est son devoir.

Nous diviserons les procédés divers en deux grands groupes :

1^o Voie buccale ou directe ;

2^o Voie artificielle ou indirecte.

I. — De la voie buccale nous dirons peu de choses ; il nous semble qu'elle ne peut convenir qu'à des petites tumeurs limitées et non aux néoplasmes que nous avons en vue, c'est-à-dire aux tumeurs étendues du plancher buccal et des sublinguales. Cette méthode (Whitehead), que nous ne décrirons pas, a pourtant donné de bons résultats.

La cautérisation, si en vogue au siècle dernier et encore employée quelquefois maintenant pour les cancroïdes de la face, doit être absolument rejetée ; elle active plutôt qu'elle ne ralentit la marche de la maladie. L'excision simple de la tumeur, soit par l'écraseur linéaire, le thermocautère ou le galvanocautère, est toujours insuffisante ; car nous avons vu que pour obtenir de bons résultats il faut savoir dès le début faire de larges sacrifices et enlever beaucoup plus loin que la tumeur elle-même.

Aussi n'y a-t-il de procédés vraiment utiles que ceux qui permettent, par un accès facile dans la cavité buccale, d'enlever non seulement les parties cancéreuses, mais les tissus voisins paraissant sains.

II. — La voie artificielle qui se crée un chemin à travers les tissus pour arriver sur les parties dégénérées,

est la seule dont nous nous occuperons avec détail. « Elle seule, dit Kocher, peut assurer un nettoyage complet du plancher buccal et permettre, en présence d'une lésion même minime, d'aller à la recherche des ganglions dont la moindre parcelle dégénérée suffira à elle seule pour assurer la récurrence. »

Plusieurs des procédés que nous allons citer s'appliquent surtout aux tumeurs de la langue mais peuvent aussi, le cas échéant, permettre l'ablation des sublinguales et du plancher buccal.

Nous ne citerons que pour mémoire le procédé de Jaeger qui consiste à fendre largement la joue depuis la commissure labiale jusqu'au bord antérieur du masséter. Voici la technique résumée des autres procédés ordinairement employés.

Incision en T de la région sus-hyoïdienne.

PROCÉDÉ DE REGNOLI

Regnoli commençait par faire aux téguments de la partie antérieure du cou, une incision médiane partant de la symphyse mentonnière pour aboutir à l'os hyoïde. Une autre incision perpendiculaire à la première, coupait celle-ci à son sommet et s'étendait du bord antérieur du masséter à celui du côté opposé en longeant le bord inférieur de la mâchoire. Les deux lambeaux tégumentaires disséqués et renversés de haut en bas, l'opérateur plongeait un bistouri de bas en haut, immédiatement derrière la symphyse du menton. Il coupait ainsi les insertions musculaires du maxillaire inférieur;

c'est-à-dire les génio-glosses, génio-hyoïdiens, digastriques et mylohyoïdiens. Le plancher buccal était ainsi complètement détaché en avant et sur les côtés. Ce procédé proposé pour les tumeurs de la langue peut être appliqué à celles des sublinguales et du plancher de la bouche. Il suffira de ne pas se borner à exciser les parties malades de la langue seulement.

Section médiane du maxillaire inférieur.

PROCÉDÉ ROUX-SÉDILLOT

Ce procédé consiste : 1° à faire une incision verticale et médiane de la lèvre inférieure, se prolongeant jusqu'au niveau de l'os hyoïde; 2° à faire la section de cet os après avoir, au préalable, enlevé une des deux incisives médianes; 3° à faire la dissection de la tumeur.

Comme il était difficile d'obtenir une coaptation parfaite entre les deux parties du maxillaire, Sédillot divisa celui-ci par deux traits de scie obliques, simulant la forme d'un V couché dont le sommet occupe le milieu de l'épaisseur du corps de l'os. La solidité fut ainsi obtenue par l'engrènement de l'angle saillant d'un des fragments, dans l'angle rentrant de l'autre.

Appliquée seule, cette méthode est suffisante; on peut la combiner avec d'autres procédés, de manière à avoir une large ouverture béante, permettant d'atteindre toutes les parties que l'on doit enlever.

Résection temporaire du maxillaire inférieur.

En 1861, Billroth ayant à extirper un cancer de toute la moitié gauche du plancher buccal, employa le pro-

céde suivant : Il pratiqua une résection temporaire d'une partie du corps du maxillaire inférieur de la canine droite à l'avant-dernière molaire gauche. Il détacha l'os avec le lambeau quadrilatère de parties molles à base supérieure qui y adhérerait.

Cette résection temporaire constitue un véritable délabrement. Après avoir enlevé les parties dégénérées, on remplace le lambeau de telle sorte que les surfaces de section du maxillaire se correspondent exactement. Mais c'est précisément là que réside la principale difficulté, car le fragment momentanément reséqué se déplace aisément, malgré la ligature métallique des dents, il faut avoir recours à une suture osseuse et encore n'est-on jamais certain de ne pas avoir une nécrose partielle. Dans les cas les plus favorables, la consolidation est très longue à se faire.

PROCÉDÉ DE VERNEUIL

1° Le chirurgien incise avec le bistouri, la peau, le peaucier et le tissu cellulaire sous-cutané depuis le bord antérieur du masséter, jusqu'à celui du masséter opposé en suivant le bord inférieur du maxillaire.

2° Les muscles digastriques (ventre antérieur), mylo-hyoïdiens, geni-hyoïdiens, genio-glosses sont incisés au moyen du thermocautère.

3° La muqueuse est détachée du maxillaire inférieur et l'on peut alors pénétrer dans la bouche.

4° La langue est luxée, en bas et en avant, en ayant soin de la faire passer au-dessous du bord inférieur du maxillaire et de la maintenir dans cette position un certain temps.

5° Le chirurgien procède alors à l'énucléation de la tumeur adhérente au lambeau sus-hyoïdien et aux parties sublinguales.

DU CHOIX DU PROCÉDÉ

Le procédé de Whitehead a de réels avantages dans les cas d'épithéliomas très limités du plancher buccal, mais seulement dans ce cas, car il ne permet pas le nettoyage complet du plancher; de plus, il réduit à de très faibles proportions l'hémorrhagie « cette bête noire des chirurgiens », ainsi que le dit Whitehead qui prétend avoir opéré quelquefois, sans lier aucun vaisseau. Il nous semble que ce procédé peut être mis en pratique dans les cas d'opération palliative, destinée simplement à atténuer les hémorrhagies, les douleurs et l'empoisonnement putride dans un néoplasme diffus. Nous l'emploierons peu.

Le procédé de Regnoli semble donner beaucoup de jour à l'opérateur, mais il détermine de très grands délabrements et détermine une vaste hémorrhagie qui, pendant toute l'opération, crée pour le malade une menace constante d'asphyxie. De plus, d'après Loison, il semblerait que cette opération prédispose à la pneumonie infectieuse.

Le procédé Roux-Sédillot est une combinaison du précédent avec la section médiane du maxillaire inférieur. L'agrandissement considérable du champ opératoire par cette manœuvre permet le nettoyage complet du plancher buccal et serait une des meilleures opérations pour empêcher la récurrence locale sans les complications post-opératoires. La consolidation osseuse est

lente, très difficile, quelquefois même impossible, malgré les modifications qu'on y a apportées au point de vue de la section osseuse. Cette opération présente cependant de réels avantages confirmés par quelques bons résultats.

Les divers procédés dont la technique consiste en des resections soit totales, soit partielles, définitives ou temporaires du maxillaire inférieur, constituent de véritables délabrements et ne doivent être employées que lorsque l'os est lui-même envahi par la néoplasie. Les appareils prothétiques, les sutures osseuses indispensables après l'opération ne donnent jamais les résultats désirables. Et, si l'on ne fait pas cas de la complication du manuel opératoire, l'extrême lenteur de la guérison doit les faire rejeter, sauf dans les cas de nécessité.

Le procédé de Verneuil permet au chirurgien d'enlever tout le mal sans graves dangers ; il est d'une exécution facile et peut d'ailleurs dans certains cas être combiné à d'autres procédés.

L'opération par la voie trans-hyoïdienne (Vallas et Siraud) a donné d'excellents résultats dans les cas de cancer de la langue. (Voir Thèse d'Oullier, 1897.)

On ne l'a pas encore employée pour les néoplasies sublinguales, mais il nous semble que ce serait l'opération de choix, lorsque la propagation se serait faite à la base de la langue, et quand, avec le plancher buccal, on est forcé d'extraire une partie de la langue.

En résumé, nous dirons que le procédé de Whitehead doit être employé dans les cas de néoplasies au début ou limitées aux sublinguales d'une part ; dans

les vastes épithéliomas dont on veut seulement retarder l'issue fatale sans faire une grave opération, d'autre part.

Les procédés de Regnoli, Roux-Sedillot, Verneuil ont donné quelques bons résultats car ils permettent l'évidement assez complet du plancher et l'extraction des ganglions voisins. Nous les emploierons donc pour les épithéliomas diffus sans retentissement ganglionnaire trop éloigné.

Quant aux opérations avec résection partielle ou totale du maxillaire inférieur, nous les emploierons le plus rarement possible à cause des complications et des inconvénients post-opératoires.

La voie sus-hyoïdienne médiane ou trans-hyoïdienne a eu ses indications énoncées plus haut, et si nous en jugeons par les résultats d'Oullier pour la langue nous pouvons admettre, sans preuves à l'appui malheureusement, que ce serait une opération de choix dans certains cas.

« Certaines de ces opérations donnent une survie telle qu'on peut la considérer comme une guérison, dit Verneuil. » Mais il ne faut pas se laisser aller au mirage des espérances improbables et les vastes cancers du plancher, qui s'accompagnent de ganglions le long de la carotide, ne fournissent matière qu'à une triste chirurgie. La mort par le collapsus, l'asphyxie, la récursive rapide, voilà le sort de ces opérés.

« L'espérance de rendre une vie moins navrante, de donner pendant un certain temps quelques illusions au malade, peut décider le chirurgien à opérer, autant que la chaîne carotidienne n'est pas prise. Mais l'inter-

vention est illégitime, immorale même quand l'état général est considérablement affaibli et nous pourrions dire à Wölfler, qui considère comme résultat « relativement heureux » dans ces cas, une mort plus prompte pour l'opéré, que si le chirurgien a la belle mission de soulager l'humanité, il n'a ni le devoir, ni le droit de lui supprimer une existence, si navrante, si amère fût-elle !

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(tirée de la thèse de Margnat).

Au n° 61 de la salle Saint-Louis à la Pitié est couché le nommé D... Cet homme, âgé de 65 ans, est un vieillard pâle, amaigri. Il est entré pour se faire traiter un *épithélioma des deux glandes sublinguales* qui a gagné une partie du plancher buccal, le bord alvéolaire du maxillaire et la lèvre correspondante. Ce malade n'a pu nous fixer la date exacte du début de l'affection. Interrogé dans ce sens, il nous a répondu que son mal a commencé il y a quelque temps par une *petite tumeur sublinguale* et que depuis il a vu un très grand nombre de médecins qui lui ont refusé toute opération. Chez ce malade les douleurs sont peu vives; la mastication se fait d'une manière très incomplète. Seuls les aliments liquides sont ingérés. La salivation est incessante. La lèvre inférieure et la commissure labiale droite et une partie de la joue ont été envahies par du tissu épithélial ulcéré et bourgeonnant, duquel s'échappe une sanie fétide mêlée à de la salive. Le bord alvéolaire du maxillaire inférieur a été atteint par ce tissu morbide. Si on écarte les deux mâchoires, on aperçoit deux tumeurs nette-

ment limitées, dures au toucher, reposant sur le plancher buccal en arrière du corps de l'os maxillaire et sous la langue qu'elles refoulent en haut. Verneuil refuse toute intervention.

OBSERVATION II

(*ibid.*).

Jacques T..., charpentier, est rentré à l'hôpital le 27 décembre 1876 où il a été admis dans le service de Verneuil. Ce malade, assez bien constitué, a joui jusqu'à présent d'une assez bonne santé. Il est venu à l'hôpital pour se faire traiter une *petite tumeur sublinguale* qu'il porte depuis un certain temps. Cette grosseur ne l'aurait inquiété que vers le mois de juillet 1876. A cette époque, en effet, sa tumeur avait pris le volume d'un gros pois et lui occasionnait des douleurs tellement vives qu'il n'osait prendre sa nourriture. Le patient est pâle, ses traits sont étirés, sa physionomie est celle d'un individu qui a souffert pendant longtemps. Il parle en zézayant un peu. La tumeur est située sous la langue, sur la partie latérale droite du plancher de la bouche et du frein de la langue, en dedans de la partie moyenne du corps du maxillaire inférieur, en un mot *au lieu anatomique exact de la glande sublinguale*. Elle ne présente à sa surface aucune ulcération, elle soulève un peu le côté correspondant de la langue et, quoique contiguë à cet organe, elle ne l'intéresse point; sa couleur est la même que celles des parties voisines. En introduisant le doigt indicateur dans la cavité buccale, on sent une tumeur assez dure, douloureuse au toucher, un peu bosselée et reposant sur une base indurée; on ne peut point la sentir par la région sus-hyoïdienne; les ganglions ne sont point engorgés. Le malade est opéré, méthode de Verneuil. Au bout de quelque temps on craint la récurrence de l'épithélioma.

OBSERVATION III

(in Capmas).

Charles D..., âgé de 68 ans, est admis à l'hôpital pour une tumeur du plancher de la bouche. Cette tumeur avait été remarquée par le malade la première fois en 1863 et était d'abord restée stationnaire; mais la deuxième année la douleur est devenue plus violente et inquiétante; la mastication et la déglutition sont difficiles.

Effrayé des progrès du mal et ne pouvant plus supporter les douleurs lancinantes qui accompagnent l'ingestion des aliments et le privent de tout sommeil, le malade vient réclamer une opération dont il espère un résultat favorable.

A l'examen de la tumeur, la mâchoire étant fortement écartée, on voit sur le côté gauche du plancher buccal une saillie ovoïde qui soulève un peu le côté correspondant de la langue et qui ne présente à sa surface aucune trace d'ulcération. En introduisant le doigt dans la bouche, on sent une petite tumeur dure, lisse, à contours nettement dessinés, à base large et dont le siège paraît être dans la glande sublinguale gauche. Tillaux diagnostique un *cancroïde de la sublinguale gauche*.

Le malade subit l'opération de Roux-Sédillot (section médiane du maxillaire inférieur) qui réussit assez bien. La consolidation seulement n'eut lieu qu'au bout de six mois. Un an après le malade ne souffre plus, mange et boit sans peine. Pas de récurrence. En plongeant le doigt à l'endroit où était la tumeur, on sent une petite cavité régulière à la place de la glande sublinguale.

OBSERVATION IV

(in Faure).

T..., 58 ans, entre à la Pitié dans le service de Verneuil.

Il est bien portant ; un de ses frères a succombé d'un cancer de la bouche. Syphilis à vingt ans. C'est un grand fumeur de pipe, qu'il tient toujours du côté gauche. L'affection qui l'a amené à l'hôpital a débuté spontanément, il y a deux mois, sous la forme d'un petit bouton siégeant sur le plancher de la bouche du côté gauche, *sur la glande sublinguale*. Cette petite tumeur le gênait pour manger, surtout après avoir fumé. Il abandonna donc le tabac, mais l'affection n'en continua pas moins à s'aggraver. Comme l'ulcération s'étendait chaque jour, le malade entra à l'hôpital.

On constate alors une ulcération qui a à peine une largeur d'une pièce d'un franc ; elle est creusée sous forme de cavernes ; le fond en est rempli de bourgeons sanieux ; ses bords sont déjetés en dehors, la lésion entière présente une consistance très dure. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Verneuil tenta le 12 décembre une opération ; il extirpe complètement la glande sublinguale par la voie sus-hyoïdienne à un seul lambeau. Tout donnait à penser que la partie envahie était totalement enlevée et cependant un mois après la récurrence était déclarée. Le plancher buccal était totalement envahi, la langue et le périoste aussi.

On fit alors la section d'une partie du maxillaire inférieur.

Six mois après, le malade n'a pas encore d'accidents lui faisant craindre une récurrence.

Le diagnostic histologique est le suivant : *épithélioma du plancher de la bouche et des sublinguales*.

OBSERVATION V

(in Le Dentu et Delbet, *Traité de chirurgie*, t. V).

X..., vu dans le service de Tillaux en 1894, est un vieillard qui présente un épithélioma encore récent du plancher

de la bouche. Il porte sous la langue une tumeur arrondie du volume d'une petite noisette. Cette production très dure paraissait mobile sur les parties profondes mais adhéraît à la muqueuse dans toute son étendue. La tumeur ne tarda pas à s'ulcérer et à présenter nettement les caractères de l'épithélioma.

Il nous semble que le néoplasme a pris naissance dans la glande sublinguale (note de l'auteur).

OBSERVATION VI

(*ibid.*).

Delbet cite le cas d'un épithélioma observé tout au début; le malade présente, pas loin du frein de la langue, une petite ulcération à peu près arrondie. Les bords sont irréguliers, mais épais et indurés. Peu de temps après, en plusieurs points, ce bord présenta une teinte légèrement jaunâtre striée de petites veines, comme le sont les muqueuses envahies par le cancer. Les ganglions sous-maxillaires sont envahis d'une façon précoce et ceux de la région carotidienne ne tardent pas eux-mêmes à subir la même dégénérescence épithéliomateuse.

Ici, au contraire, nous croyons avoir affaire à un épithélioma à point de départ ectodermique.

OBSERVATION VII

(résumée, empruntée à Guillier).

Ch. L..., 41 ans, s'aperçut, il y a deux ans, de la présence d'une petite tumeur, siégeant à gauche du frein de la langue, sur le plancher de la bouche. A son entrée à l'hôpital, la tumeur a envahi tout un côté du plancher buccal. Douleurs violentes, mastication et déglutition impossibles.

A l'ouverture de la bouche, on constate une ulcération profonde; à gauche du frein, saillie dure formée par la glande sublinguale correspondante, envahie par l'épithélioma. Ganglions indurés.

Opéré d'après la méthode Roux-Sédillot. Bons résultats.

OBSERVATION VIII

(de Cruveilhier, *Bulletin Société Chirurgie*, 80.)

B., 54 ans, est porteur d'une affection, ayant débuté, il y a cinq mois, par une petite tumeur sur le plancher de la bouche. L'ulcération a envahi tous les tissus en profondeur. Symptômes habituels. On fait le diagnostic d'*épithélioma du plancher de la bouche avec envahissement des tissus voisins*.

Opéré par la méthode de Roux-Sédillot. Bons résultats.

OBSERVATION IX

(in Gross et Rohmer).

Ces auteurs citent le cas d'un malade auquel ils ont extirpé une *tumeur épithéliale*, nettement encapsulée, très volumineuse, occupant la région sus-hyoïdienne et le plancher buccal et *qui a semblé s'être développée dans la glande sublinguale droite*. La tumeur a fait de bonne heure saillie dans la cavité buccale où elle soulève la langue d'une façon assez notable.

OBSERVATION X

(résumée. Bryant, in *The Lancet*, 78).

S., 55 ans, a commencé par avoir une *tumeur très mobile sous le plancher de la bouche*. Douleur violente : puis,

quelques mois après, induration totale et engorgement ganglionnaire. Diagnostic d'épithélioma du plancher buccal, ayant, à notre avis, son point de départ dans la glande.

Opéré par résection de la partie médiane du maxillaire inférieur. Bon résultat.

OBSERVATION XI

(inédite, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Vallas).

Deschamps, âgé de 71 ans, demeurant à Saint-Ambreuil (Saône-et-Loire), est entré, le 5 décembre 1896, à la salle Saint-Louis (Hôtel-Dieu de Lyon). Couché au lit n° 44. Il est porteur d'un néoplasme du plancher buccal.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires et collatéraux

Antécédents personnels. Pas de maladies graves antérieures.

État actuel. Le malade est porteur de son affection depuis environ six mois. C'est à ce moment en effet, pour la première fois, qu'il s'est aperçu d'un petit bouton siégeant à droite dans le sillon qui sépare la langue du plancher de la bouche, bouton qui ne révélait sa présence que par une démangeaison insignifiante. Il s'étendit à la fois sur la face inférieure de la langue et en profondeur sur le plancher de la bouche. L'état du malade ne s'améliorant pas, il se décide à entrer à l'hôpital.

5 décembre. — Actuellement, si l'on écarte les deux mâchoires, ce qui ne peut se faire qu'avec une certaine difficulté, on sent la présence d'une masse bourgeonnante à bords indurés et rouges. Cette ulcération ne donne naissance à aucun écoulement, mais saigne très facilement lorsqu'on la gratte avec le doigt.

Les symptômes fonctionnels sont les suivants : le malade

présente une légère gêne pour la mastication, la phonation est presque normale. La douleur est, par moments, assez violente et, la nuit surtout, il ressent quelques lancées douloureuses du côté de l'oreille droite. A droite, on constate la présence d'un ganglion sous-maxillaire volumineux.

L'état général est assez satisfaisant.

Albumine dans les urines.

15 décembre. L'opération est décidée. On emploie la méthode de Sédillot qui consiste à opérer par la voie buccale avec section du maxillaire inférieur. Le premier temps consiste à attirer fortement la langue en avant, à l'aide d'un fil passé dans sa pointe. On pratiqua ensuite sur la ligne médiane une incision intéressant la lèvre inférieure et les téguments et se prolongeant jusqu'au niveau de l'os hyoïde. Ayant ensuite scié le maxillaire inférieur avec la double chaîne de Liston, on écarta largement les deux branches de la mâchoire et on put enlever la tumeur de la partie adhérente du plancher de la bouche.

Une hémorrhagie abondante se produisit alors. On fit l'hémostase. On sutura les deux moitiés du maxillaire inférieur et la lèvre.

16 décembre. Hémorrhagie très abondante.

23 décembre. Délire. Mort.

OBSERVATION XII

(inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Vallas.)

Thiéry, Charles, 42 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, lit 42, pour un épithélioma sublingual.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels.

L'affection qui l'amène a débuté, il y a trois mois, par une petite tumeur grosse comme une noisette, située sur le

plancher de la bouche, près d'un endroit fréquemment irrité par un chicot dentaire. La tumeur s'est ulcérée peu à peu, a creusé en profondeur vers le plancher buccal et s'est étendue un peu sur toutes les parties avoisinantes. Le frein a disparu, et actuellement on constate à l'union de la face inférieure de la langue et du plancher buccal une ulcération qui présente une série d'anfractuosités et de bourgeons recouverts de sérosité et de pus. La langue est presque collée au plancher buccal; les mouvements sont impossibles; la parole, et surtout la déglutition sont gênées. A la palpation de la langue on sent dans ses $3/4$ antérieurs une masse dure et résistante.

Tout autour du maxillaire inférieur, on sent à la palpitation de volumineuses masses ganglionnaires. L'os paraît indemne. Comme symptômes fonctionnels, à part la gêne notable dans la déglutition et la phonation, le malade accuse de temps à autres de violentes douleurs auriculaires, ce qui prouve que le nerf dentaire inférieur est lésé.

État général mauvais. Amaigrissement notable.

On fait le diagnostic d'épithélioma sublingual.

6 juin. — Opération décidée. Ablation de la portion moyenne du maxillaire inférieur, ce qui donne assez de jour pour pouvoir extirper une partie du plancher buccal. On commença par débrider vers la région latérale gauche du cou où une grosse masse ganglionnaire est située. On arrive ainsi jusque sur la jugulaire interne. Ligature des deux linguales et des autres artères de la région qui sont la cause d'hémorrhagies assez abondantes.

Prothèse pour la partie médiane enlevée du maxillaire inférieur. Suture des lèvres sur la ligne médiane.

État général mauvais après l'opération. Température ascendante. Mort dans un état d'extrême excitation.

OBSERVATION XIII

(inédite, résumée, due à l'obligeance de
M. le professeur agrégé Bérard).

Césarine J..., 48 ans. Érysipèles fréquents. Entre à l'hôpital pour une tumeur occupant la partie droite du plancher buccal et ayant envahi la langue. Cette tumeur a débuté par une grosseur siégeant sur le plancher buccal, près du sillon qui le sépare de la langue. Induration. Pas d'engorgements ganglionnaires bien nets. On diagnostique un *épithélioma du plancher de la bouche*.

Opération (M. Bérard) par la voie buccale. Ligature préventive de la linguale droite. Ablation de la moitié droite du plancher buccal et de la partie secondairement atteinte de la langue. Suture aux fils métalliques.

La malade part un mois après, guérie. Seule une petite fistule sous-maxillaire n'est pas tout à fait cicatrisée.

M. le docteur Vidal, de Grasse, a eu l'amabilité de nous envoyer des nouvelles de l'opérée. Les voici résumées : État de la bouche satisfaisant. La cicatrice qui unit le bord de la langue au plancher lui laisse assez de mobilité. Il existe encore un peu d'induration au niveau du plancher de la bouche ; aucune trace d'ulcération. Phonation bien conservée. La cicatrice sous-maxillaire est fermée. Pas de ganglions. État général parfait.

OBSERVATION XIV

(inédite, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé
Bérard).

X..., 50 ans. Antécédents : père mort de paralysie ; mère morte de vieillesse. Frères et sœurs se portent bien.

Pas d'antécédents personnels : ni syphilis, ni tuberculose, ni impaludisme.

Début : très mauvaise dentition; il y a deux mois, fortes douleurs dentaires. Le malade ne prend aucun soin de sa bouche; il fume beaucoup.

A ce moment il se plaint d'une douleur au-dessous de la langue, sur le plancher de la bouche, de chaque côté du frein. On découvre alors la tumeur actuelle.

Actuellement. Il éprouve une sensation de brûlure aux lèvres et à l'extrémité de la langue, sensation beaucoup plus pénible la nuit que le jour. Salivation abondante. Parole moins facile qu'autrefois. Aucune douleur du côté de l'oreille.

A l'inspection, on voit sur le plancher de la bouche, en arrière des gencives, une petite tumeur mamelonnée rouge, occupant tout l'espace compris entre les deux premières grosses molaires droite et gauche d'une part, la langue et la face postérieure des gencives d'autre part.

A la palpation, qui est douloureuse surtout à droite, où est le point de départ de l'affection, on a la même impression de saillie mamelonnée, de consistance élastique. La tumeur est intimement liée au maxillaire inférieur sur une longueur de 5 centimètres. Ganglions à peine perceptibles; pas indurés et indolores. — Diagnostic : carcinome du plancher buccal. Urines : ni sucre, ni albumine.

5 janvier 1898. — Opération (M. Bérard). Incision transversale sus-hyoïdienne. Ablation des deux glandes sous-maxillaires. Extirpation de fragments musculaires envahis. Curage de la loge sus-hyoïdienne; ligature des deux linguales pour parer à l'hémorrhagie qui est abondante. Ablation large du plancher buccal et d'une petite portion de la partie antérieure de la base de la langue.

Dégagement du maxillaire inférieur sur une longueur de

5 centimètres. Résection de cette partie avec la scie à chaîne. Prothèse immédiate, par M. Martin. Suture. Drainage. Hémorrhagies sérieuses.

Les jours suivants, phénomènes pulmonaires qui durent jusqu'au 10 janvier, époque à laquelle le malade meurt. A l'autopsie : pneumonie lobaire gauche, avec congestion et œdème des deux poumons.

Examen histologique. L'examen histologique fait par M. le professeur agrégé Paviot, nous a démontré que la tumeur occupant la glande sublinguale était un adénome typique (rare dans les glandes salivaires sublinguales). Bien que ne rentrant pas nettement dans notre étude, nous avons tenu à signaler cette observation, pour montrer l'impossibilité presque absolue qu'il y a eue ici de diagnostiquer cliniquement une tumeur maligne d'une tumeur bénigne.

Sans entrer dans de grandes discussions, nous pouvons nous demander si le processus qui a débuté par l'appareil glandulaire sublingual n'est pas le début d'une néoplasie épithéliomateuse. Un cas de ce genre a été observé pour la parotide (Koenig) ¹.

1. Koenig, *Pathologie chirurgicale*.

CONCLUSIONS

I. Il est impossible de diagnostiquer cliniquement les tumeurs du plancher de la bouche originaires de la muqueuse, de celles qui ont leur point de départ dans les glandes sublinguales; ces deux variétés de tumeurs constituent le cancer du plancher buccal. Cliniquement, c'est une seule affection (au point de vue étiologique, symptomatologique et thérapeutique).

II. Relativement peu fréquentes, ces diverses néoplasies ont une série de symptômes fonctionnels et anatomiques qui permettent de les différencier nettement de toutes les autres affections de la région.

III. La récurrence post-opératoire étant la règle presque habituelle, on est obligé de considérer le pronostic comme grave.

IV. Nous admettons au point de vue anatomique deux formes de cancer :

1° L'épithélioma primitif des glandes sublinguales (rare et mal connu histologiquement). Son point de

départ peut se faire soit dans le groupe principal des sublinguales, soit dans un des petits groupes aberrants qui se trouvent sous la muqueuse.

2° L'épithélioma pavimenteux lobulé, né de la muqueuse du plancher, et propagé secondairement aux glandules salivaires. C'est la forme la plus fréquente (il s'agit d'un cancroïde).

V. Le traitement uniquement chirurgical peut se faire soit par les voies naturelles (voie buccale), ou par celles que se crée le chirurgien (voie sus-hyoïdienne, section du maxillaire inférieur). On doit hésiter à opérer les épithéliomas diffus du plancher buccal adhérents au maxillaire inférieur, accompagnés de l'envahissement des ganglions carotidiens. C'est là l'ultime limite opératoire.

VU :

Le Président de thèse,

M. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BRYANT. — *The Lancet*, 1878.

VIRCHOW. — *Archiv. für Anat. Path.*, 1884.

— *Traité des Tumeurs*.

FAURÉ. — Thèse. Paris, 1883.

MARGNAT. — Thèse. Paris, 1877.

OULLIER. — Thèse. Lyon, 1897.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1871, 1880, 1881.

Revue de chirurgie de 1897.

JOULIARD. — Thèse. Paris, 1888.

Classiques. — *Chirurgie clinique et Anatomie pathologique*.

